FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Jules DELTEIL

Né le 1er novembre 1897, à Aurillac (Cantal).

DES RUPTURES UTÉRINES
pendant le travail
dans leurs rapports
avec l'emploi des extraits
hypophysaires

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE
JOUVE ET Cie ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI.....	Pathologie médicale
LGLAVE.....	Pathologie c irurgicale.
UBERTIN....	Pathologie méd cale
ASSET.....	Pathologie c irurgicale.
AUDOUIN....	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
RANCA.....	Histolog e
RULÉ.....	Pathologie médicale.
USQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
HAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
. de JONG.....	Anatomie pathologique.
UVOIR.....	Médecine légale.
CALLE.....	Obstétrique.
IESSINGER...	Pathologie médicale.
OIX.....	Pathologie médicale.
ARNIER.....	Pathologie expérimentle.
ARVIER.....	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER..	Urologie.
OVELACQUE..	Anatomie.
OYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE. ...	Pathologie médicale.
RICHET Fils..	Physiologie.
ROUVIÈRE....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFEN AU...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
AMUS.....	Physiologie.
OUGEROT.....	Pathologie médicale.
UÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale fantile.
PROUST	Clinique chirurgicale
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgical
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologi

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opi émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées c propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni i bation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE FRANÇOIS

Mort au champ d'honneur.

A MES PARENTS

En témoignage de profonde affection et de reconnaissance filiale.

A MA GRAND'MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur RICHAUD,

Professeur de Pharmacologie et de Matière Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur J.-L. CHIRIE

Accoucheur des Hôpitaux,
Attaché à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

A Monsieur le Docteur MONDOR

Professeur Agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux

Que Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté,

Accoucheur des hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur,

Veuille bien trouver ici l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

L'observation qui fait l'objet de cette thèse, nous a été communiquée par le Dr J.-L. Chirié, accoucheur des hôpitaux, attaché à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Elle rapporte l'histoire d'une rupture insidieuse de l'utérus avec fœtus mort et macéré, rupture précédée d'une injection d'extrait hypophysaire.

L'emploi de cet ocytocyque a fait l'objet, ces temps derniers, de nombreuses discussions, les uns le qualifiant de dangereux, les autres en vantant les effets.

Nous nous bornerons, dans cette thèse, à constater les faits observés et à les commenter.

Nous remercions vivement M. le docteur J.-L. Chirié de nous avoir fait connaître cet intéressant sujet d'actualité.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre grande reconnaissance.

CHAPITRE II

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme G..., 19 ans. Primipare.

Entre le 25 décembre 1923, à 4 heures du matin, venant de chez elle à la maternité de l'Hôtel-Dieu.

On ne peut savoir la date de ses dernières règles, car elle ne parle pas le français.

Son utérus présente le volume d'un utérus à terme.

Le fœtus, en présentation longitudinale, a la tête fixée en O.I.G.A.

On ne perçoit pas de bruits du cœur fœtal.

Les urines sont normales.

Les douleurs ont commencé à 3 heures du matin : les membranes sont intactes. Le col est effacé, dilaté comme 50 centimes. L'utérus présente une forme régulière pendant ses contractions.

Son fond est légèrement plus développé à droite.

La femme reste au dortoir jusqu'au 27 décembre, sans douleurs bien accusées.

A cette date, elle entre à la salle de travail avec une dilatation de un franc environ. Les douleurs ont fait progresser la tête, qui s'est engagée.

Le lendemain 28 décembre, M. Chirié l'examine à nouveau. Les membranes sont intactes. La forme du corps de l'utérus est normale : les contractions sont très faibles et très espacées. L'organe est mou et un peu plus développé au niveau de la corne droite: la dilatation est aux environs de 5 francs.

Comme l'enfant mort n'est plus en cause, M. Chirié conseille de faire une injection de rétropituine Choay.

On pratique une injection sous-cutanée d'une demie-ampoule environ, à 11 heures du matin.

A la suite de l'injection, les contractions reparaissent, mais ne sont pas très violentes.

La dilatation est complète à 17 heures.

L'interne, M. Haye, trouve à ce moment que l'utérus est difficile à délimiter; il n'y a plus de contractions ; l'organe est mou.

Le ventre n'est pas douloureux. A aucun moment il n'y a eu de douleurs violentes dans l'abdomen ni de signes d'hémorragie interne.

A 19 heures, voyant que la tête fœtale ne progresse pas, M. Haye fait, sous anesthésie, une application de forceps.

La tête est extraite assez facilement.

L'accouchement des épaules semble impossible : les tractions effectuées sur la tête ne donnent aucun résultat.

Un anneau utérin enserre le cou du fœtus.

M. Haye demande conseil par téléphone à M. Chirié. Celui-ci, sur l'affirmation de son interne (en qui il a une pleine confiance), lui disant qu'il pourrait terminer seul l'accouchement, lui conseille de pratiquer une section du cou, puis d'abaisser l'un ou les deux bras, pour extraire le corps fœtal.

Mais M. Haye, avec des tractions sur la tête et de très légères manœuvres d'expression pratiquées par un interne en chirurgie du service voisin, finit par extraire le fœtus sans avoir besoin de recourir à l'embryotomie.

Le fœtus est mort et macéré, son poids est de 3 kg. 80

Après la sortie du fœtus, il n'y a pas d'écoulement de sang anormal.

On ne constate pas de déchirures du périnée ni du col.

La délivrance a lieu au bout de 35 minutes, par les procédés habituels (traction et expression) ; elle est naturelle et complète.

Le poids du placenta est de 480 grammes.

La femme, encore sous les effets de l'anesthésie, paraît shockée et pâle.

L'interne fait une injection intra-utérine: l'eau ressort normalement ; à aucun moment la sonde ne perd le contact utérin.

Le ventre est légèrement ballonné, non contracturé.

On sent l'utérus à travers la paroi; il paraît dur et bien rétracté.

Le pouls est rapide et mal frappé. 120 pulsations à la minute.

On fait del'huile camphrée de la strychnine; on met de la glace sur le ventre.

A aucun moment, l'interne, cependant fort attentif, ne pense à une rupture utérine.

Le 29 décembre, M. Chirié voit la femme à la visite du matin, elle est dans un état d'asthénie qui n'est pas sensiblement plus marqué que celui qu'elle présentait avant l'accouchement.

Le ventre est légèrement ballonné: à la palpation, on sent le corps utérin; il est un peu plus douloureux à droite.

La température est de 37°6.

Le pouls est de 130 pulsations à la minute.

Rien dans cet état observé d'ailleurs chez des fem-

mes sans concomitances de lésions utérines, ne fait songer à une rupture; seule une exploration de la brèche aurait permis de poser le diagnostic.

Le 30 décembre, la femme est dans un état d'asthénie plus marquè.

Température : 37°2.

Pouls: 150 pulsations.

L'état général devenant plus mauvais, M. Chirié pense à une lésion utérine et examine la femme. Le toucher montre l'intégrité du col et du segment inférieur. La femme se défendant, il ne poursuit malheureusement pas le toucher jusqu'au fond de l'utérus.

On fait de l'adrénaline et 1000 grammes de sérum intra-rectal.

Des injections sous-cutanées de caféine et de collargol.

Le 31 décembre, l'état général est très mauvais. La femme a des vomissements, le ventre est très ballonné ; les signes de péritonite apparaissent.

On ne peut tenter une intervention, l'état de la femme étant trop grave à ce moment.

A minuit, elle est dans un état d'extrême faiblesse.

Sa température est de 36°.

Le pouls est imperceptible.

Elle entre dans le coma.

Mort le 1er janvier 1924, à midi.

Autopsie. — L'autopsie est faite le 3 janvier.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un épanchement hémo-purulent assez abondant dans le petit bassin, mais il n'y a pas de caillots au voisinage de l'utérus et dans le petit bassin.

On note une congestion des poumons aux bases.

Le cœur est normal.

Le foie est gros, la rate est volumineuse.

L'utérus est flasque, jaunâtre, avec de légères taches violacées superficielles.

Au niveau du fond et de la face postérieure de l'utérus, on trouve une rupture qui part de la ligne médiane et se dirige obliquement en arrière et en dehors pour aller aboutir sur le bord droit à 3 centimètres au dessous de l'insertion de la trompe droite.

La lèvre antérieure est rectiligne.

La lèvre postérieure est divisée en deux languettes antérieure est rectiligne.

La base postérieure est divisée en deux languettes arrondies : l'une externe occupe les 4/5 de la lèvre, l'autre, interne, occupe le reste.

La longueur totale de la déchirure est de 9 centimètres.

Elle affecte en somme la forme d'un trèfle irrégulier.

Le col, le segment inférieur, le reste du corps, sont macroscopiquement normaux.

Examen microscopique

Les coupes ont porté sur les lèvres de la rupture, sur la face antérieure et inférieure du corps.

A) *Partie antérieure et basse du corps.*

A un faible grossissement, on constate que la coupe a porté perpendiculairement sur les fibres longitudinales et obliquement et longitudinalement sur les fibres circulaires.

Il existe une sclérose extrêmement marquée qui part de la zone sous-péritonéale et s'étend jusqu'à la caduque.

Le tissu conjonctif affecte la forme d'anneaux dans la zone où les fibres musculaires ont été coupées perpendiculairement et la forme de travées dans les zones où elles ont été coupées longitudinalement et obliquement. De sorte qu'on observe, suivant la région, de larges bandes de tissu conjonctif séparant longitudinalement et irrégulièrement les fibres musculaires ou des anneaux conjonctifs fort épais enserrant un paquet de volume variable de fibres musculaires et donnant à l'utérus l'aspect d'un foie de porc.

Cette comparaison suffit à expliquer l'intensité du processus.

A un fort grossissement on constate que cette sclérose se poursuit entre les fibres musculaires: dans toute la zone considérée, on voit du tissu conjonctif fort net faire autour de la fibre musculaire un petit anneau quelquefois assez marqué. Il n'y a guère d'endroits se rapprochant du tissu normal, toute l'épaisseur du muscle utérin est altérée.

Les artères présentent une forte gaine fibreuse et l'on trouve du tissu conjonctif en abondance dans la couche musculaire; l'endartère est épaissie et proliférante par endroits : il y a une diminution du calibre de la lumière vasculaire.

La fibre musculaire ne prend point la teinte jaune brunâtre habituelle avec le Von Gieson, mais au contraire elle paraît brunâtre très foncée.

Il doit donc exister des altérations des fibres musculaires vraisemblablement de la dégénérescence hyaline.

B) *Zone de rupture. Lèvre antérieure.*

Macroscopiquement, la coupe qui a porté sur toute

l'épaisseur de l'utérus, a la moitié de l'épaisseur de celle du corps dans la zone non rupturée.

A un faible grossissement nous retrouvons les lésions de sclérose diffuse encore plus marquées, semble-t-il, et affectant la même forme que précédemment.

A un fort grossissement la sclérose atteint isolément les fibres musculaires et s'étend diffuse de la zone sous-péritonéale à la caduque.

C) *Zone de rupture. Lèvre postérieure.*

L'aspect est le même que dans la coupe de la zone antérieure ; cependant il existe de nombreux foyers hémorragiques, quelques-uns très volumineux.

Il n'en existe point dans les autres coupes.

Les lésions interstitielles, vasculaires, musculaires, sont semblables.

Résumé

Sclérose utérine d'une intensité considérable, périartérite, endartérite, le tout ayant probablement la syphilis comme cause.

Nous aurions voulu examiner plus complètement l'utérus en faisant des coupes portant sur le col et le segment inférieur ; malheureusement, cette pièce intéressante a été donnée par mégarde à un laboratoire, pour faire de l'antigène à la place d'un foie syphilitique. Nous n'avons pu la retrouver.

CHAPITRE III

Discussion de l'observation

Dans cette observation il y a plusieurs points dignes de remarque.

1° La rupture utérine a été insidieuse, constatée seulement à l'autopsie.

2° Elle s'est produite avec un fœtus mort et macéré.

3° L'examen histologique a montré de graves altérations du tissu de l'utérus.

4° On a fait une injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire.

Nous allons examiner ces particularités et essayer de chercher ensuite les causes de cette rupture passée inaperçue.

I. Insidiosité de la Rupture.

Dans l'observation qui nous occupe, il n'y a pas eu de symptômes nets de rupture utérine.

Celle-ci a du se produire après l'injection d'extrait hypophysaire et s'achever pendant l'extraction du fœtus, surtout pendant la deuxième partie de l'intervation à savoir l'extraction des épaules.

Les tractions faites sur la tête fœtale par M. Haye ont été complétées, à ce moment, par un peu d'expression utérine correctement pratiquée par un interne en chirurgie.

On n'a point constaté d'hémorragies externes importantes avant ou pendant la délivrance, qui s'est faite normalement.

Il n'a pas été noté de shock à proprement parler ; la femme était, en effet, dans un mauvais état général pendant le travail.

La rupture a du se produire vraisemblablement pendant le sommeil anesthésique.

Enfin un interne très au courant des manœuvres obstétricales a pu, par un hasard malheureux, faire une injection intra-utérine, sentir le fond de l'utérus et passer à côté de la brèche cependant importante.

Le fait peut s'expliquer en raison de l'obliquité de la rupture qui croise la corne droite en arrière laissant intacte la région postérieure du fond.

Quand les signes de péritonite se sont manifestés, il était malheureusement trop tard pour intervenir.

Seul le toucher intra-utérin immédiatement après la délivrance, eût permis de faire le diagnostic.

Les ruptures insidieuses de l'utérus ne sont pas rares.

On les a définies :

« Celles dans lesquelles au point de vue symptomatique, on n'observe aucune manifestation aiguë soit locale, soit générale susceptible d'indiquer qu'on se trouve en présence d'un accident aussi grave.

Dans ces ruptures, on éprouve de telles difficultés à poser suffisamment tôt et assez sûrement le diag-

nostic, qu'il est rare qu'on puisse tenter en temps utile une intervention.

Dans les ruptures insidieuses il y a en effet une allure clinique spéciale à formes atténuées qui les distingue des formes aiguës des ruptures utérines.

Cette allure clinique comme toute la symptomatologie des ruptures du reste, est faite d'un ensemble de symptômes subjectifs, de signes physiques et de manifestations portant sur l'état général.

A. — Symptomes subjectifs

a) Douleur.

Si, dans les ruptures aiguës, la douleur est excessivement violente, arrachant des cris à la malade qui a une véritable sensation de déchirement, dans les formes insidieuses au contraire l'apparition de la douleur est rarement violente. Elle peut même passer inaperçue.

Dans notre observation, la femme, sous le coup de l'anesthésie, n'avait pas accusé de douleurs.

b) Arrêt des contractions utérines.

Dans les ruptures aiguës, spontanées, les contractions sont d'autant plus vite arrêtées qu'elles ont été plus violentes et que l'accident a été plus rapidement consommé : le plus généralement d'ailleurs, le fœtus et les annexes passent dans l'abdomen.

Au contraire dans les formes insidieuses, par suite de la durée du processus, les contractions peuvent être mieux étudiées.

Les contractions du travail sont les causes efficientes des ruptures. Dans les ruptures insidieuses, le plus souvent, elles produisent la déchirure du muscle utérin, déchirure qui se complète pendant les manœuvres d'extraction.

B. — Symptomes physiques

a) Dans les ruptures aiguës, l'aspect de l'abdomen n'échappe pas à l'inspection.

On observe des formes variables de l'abdomen suivant que le fœtus est resté ou a passé à moitié ou entièrement dans l'abdomen.

Dans les ruptures insidieuses, le plus souvent incomplètes, l'inspection montre rarement des modifications importantes dans l'aspect de l'abdomen.

Il demeure généralement ovoïde et longitudinal et paraît plus difficile à délimiter.

b) *Hémorragie*. Elle est en général plus importante dans les ruptures aiguës: quelle soit interne, externe ou mixte.

Dans les ruptures insidieuses, on peut constater à la vulve un suintement ou un écoulement sanguinolent, moins abondant que dans les ruptures aiguës.

Dans notre observation, aucune hémorragie n'est

signalée ; la femme n'a pas perdu plus de sang qu'une accouchée ordinaire. Ceci est du probablement aux lésions scléreuses et artérielles de l'utérus.

c) *Palpation.* — Dans les ruptures aiguës, la palpation présente souvent des difficultés en raison de la douleur.

Dans les ruptures insidieuses, elle est en général peu douloureuse, mais souvent ne donne aucune indication, la lésion étant très atténuée le fœtus ne passe pas dans la cavité abdominale.

d) *Toucher.* — C'est le seul moyen qui permet d'affirmer le diagnostic après l'accouchement. Si aucun signe anormal ne fait pratiquer le toucher intra-utérin, le diagnostic est en quelque sorte impossible à faire.

Ce toucher n'a malheureusement pas été fait après la délivrance, dans le cas qui nous occupe.

Nota. — Dans les ruptures utérines soit aiguës, soit insidieuse, la délivrance spontanée est le plus souvent impossible, car le placenta est en général dans l'abdomen.

Dans notre observation, la délivrance a eu lieu spontanée, normale et complète: c'est là un fait digne de remarque.

C. — Symptomes généraux

C'est surtout par l'absence de retentissement sur l'état général que les formes insidieuses diffèrent des

formes aiguës et qu'elles sont susceptibles de passer inaperçues.

L'état général dans les ruptures aiguës est excessivement grave, le facies est très altéré, les lèvres sont cyanosées, les traits sont tirés et expriment l'angoisse, le nez est pincé, les yeux sont excavés.

Le pouls est très rapide, souvent imperceptible. Il y a d'abord un refroidissement des extrémités puis de tout le corps.

La malade a une respiration rapide et suspireuse.

On peut constater du hoquet, des nausées et des vomissements verdâtres et noirâtres.

La femme s'affaiblit progressivement et meurt si on n'intervient pas.

Dans les ruptures insidieuses, au contraire, l'état général n'est guère modifié, aussi masque-t-il les symptômes de rupture à tel point qu'on les néglige.

La rupture méconnue entraîne à sa suite des conséquences graves et une péritonite résultant de la non intervention.

Ces ruptures utérines insidieuses sont assez fréquentes.

Tous les auteurs qui en ont publié des cas s'accordent à reconnaître les difficultés que présente le diagnostic de ces ruptures, à cause de l'absence des symptômes classiques.

Nous allons citer quelques observations.

OBSERVATION I (Boquel)

D..., 31 ans, VI pare, accouchements antérieurs normaux. Entre à l'hôpital parce qu'elle a eu une hémorragie assez abondante.

Elle n'accuse pas de douleurs bien marquées, l'accouchement a lieu d'une façon normale.

L'utérus se contracte régulièrement.

Quelques heures plus tard, phénomènes de shock et mort.

A l'autopsie on constate une déchirure du bord gauche de l'utérus.

Examen histologique : plaques de sclérose au niveau de la rupture.

OBSERVATION II (Doleris et Bonus)

M..., 32 ans. IV pare. Rien de particulier pendant la grossesse.

Aux premières douleurs entre à l'hôpital.

Les membranes sont rompues.

Une heure après son entrée, elle a une perte de sang assez abondante. On entend bien les bruits du cœur fœtal.

L'utérus est bien contracté.

Dans sa partie supérieure, on trouve une zone molle, dépressible, indolore. A ce niveau, un pied fait saillie; il semble n'être séparé de la main qui palpe que par la peau.

La tête s'engage en D. T.

La femme n'a pas l'air fatiguée.

Pas de tendance à la syncope.

Pas de sensibilité abdominale.

Comme l'enfant paraît souffrir, on fait une application de forceps et une version, pour extraire le fœtus.

Délivrance sans incidents.

On fait une injection intra-utérine de sublimé : le liquide sort en entier.

L'utérus est très rétracté, l'état général est bon : remise dans son lit, la femme dit se trouver très bien. Température : 36°2.

Le ventre n'est pas ballonné, il est peu sensible à la pression.

L'utérus présente un volume normal.

Le lendemain de l'accouchement, elle a des vomissements fréquents et une diarrhée fébrile : les pupilles sont dilatées mais le ventre n'est pas ballonné et l'utérus est rétracté.

Le surlendemain, vomissements noirâtres, phénomènes de shock. Pouls faible, tendances à la syncope, fortes coliques abdominales. Refroidissement, semi-coma. Mort.

A l'autopsie, épanchement sanguin de un litre.

Rupture utérine portant sur le bord droit de l'utérus.

OBSERVATION III (Keller)

Femme de 31 ans, I pare.

Au début de l'accouchement, procidence du cordon ombilical. Pendant qu'on faisait les préparatifs de refoulement, les pulsations dans le cordon s'arrêtent

et avec eux les bruits du cœur fœtal.

Le travail est arrêté.

Comme l'enfant est mort, on décide de faire la basiotripsie. On fait aussi l'extraction.

Le placenta est expulsé peu après et cède facilement à une légère pression sur le fond de l'utérus.

Le pouls était resté bon pendant tout le temps de l'accouchement.

L'état général est aussi invariablement bon.

Pas d'hémorragies ni d'altération de la forme de l'utérus.

Le soir de l'intervention sur le fœtus, la température monte à 38°, le pouls reste à 80.

Ventre ballonné mais pas sensible à la pression.

Les jours suivants, l'état général est relativement bon mais on constate une légère tuméfaction un peu douloureuse.

On pense à un phlegmon ou à un abcès retropéritonéal.

Subitement, arrêt des matières et des gaz. Vomissements.

On intervient en faisant la laparotomie.

Après l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide trouble.

On prépare une fistule stercorale: la péritonite est enrayée. Mais la femme meurt de phlébite, 25 jours après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouve une rupture du segment inférieur de l'utérus.

Il s'agissait donc d'une rupture utérine incomplète, qui n'avait pas été diagnostiquée, ni pendant le travail, ni pendant l'accouchement.

Cette rupture avait donné lieu à un épanchement sanguin retropéritonéal à gauche, qui avait subi une infection secondaire.

OBSERVATION IV (VARNIER)

Cet auteur laisse une femme dans un état relativement satisfaisant à 5 heures du soir. Elle meurt à 7 heures, sans avoir présenté de symptômes nets de rupture utérine. Or, à l'autopsie, on trouve une rupture de 6 centimètres.

OBSERVATION V (RIEDENGER)

Cas d'une rupture survenant sans donner lieu à aucun symptôme, cinq heures après le début du travail.

OBSERVATION VI (DUPARQUE)

Rupture utérine au 4e mois de la grossesse.

Mort 60 heures après le début de l'accident, sans avoir présenté de symptômes de rupture.

On voit combien il est difficile de poser le diagnostic de ces ruptures insidieuses, par ailleurs fréquentes.

II. Rupture avec fœtus mort et macéré.

L'observation que nous rapportons présente un intérêt particulier, car l'enfant, de volume normal, était mort et macéré depuis quatre à cinq jours.

C'est là un fait qui semble extrêmement rare.

Nous avons trouvé un autre cas de rupture avec fœtus mort et macéré.

C'est celui de Becker, rapporté par Vanheeckhoet dans sa thèse :

OBSERVATION DE BECKER

Femme de 28 ans. Bassin modérément rétréci. Six ans auparavant, lors de son premier accouchement, elle avait eu une rupture utérine, quelques heures après le début du travail.

La déchirure siégeait sur les parties postérieures du segment inférieur. Drainage. Guérison.

A sa deuxième grossesse, au 7e mois, elle éprouve de vives douleurs abdominales et présente tous les symptômes d'une péritonite.

On extrait l'enfant mort et macéré.

Dans notre observation, il s'agissait d'une primipare; son bassin était normal et l'utérus n'avait subi aucune intervention antérieure.

III. Lésions histologiques de l'utérus.

L'examen microscopique de l'utérus a révélé de graves lésions de cet organe, lésions dues sans doute à la syphilis.

On a trouvé des altérations profondes de la fibre musculaire et une sclérose extrêmement marquée.

Il y avait une diminution du nombre des fibres

musculaires : ceci peut expliquer la longueur du travail, l'inertie relative observée chez cette malade.

Les lésions étaient généralisées à tout l'organe, puisque nous les avons retrouvées sur la paroi antérieure.

On peut se demander pourquoi la rupture s'est produite au niveau du fond et non au niveau de la paroi inférieure.

L'explication peut être fournie par l'amincissement considérable de la corne utérine pendant la grossesse et au cours du travail; l'épaisseur de la coupe de la zone rupturée est moitié moindre que celle du corps.

Il en est résulté une résistance moindre au moment de la contraction.

Enfin il n'y avait pas de dystocie; pas de disproportion entre le bassin et la tête fœtale pouvant favoriser une rupture du segment inférieur de l'organe.

Il y a longtemps qu'on sait que le muscle utérin peut présenter dans sa constitution histologique des altérations susceptibles de provoquer des ruptures utérines.

Ces lésions sont dues aux infections chroniques ou aiguës, métrites, syphilis, tuberculose, enfin aux infiltrations fibreuses du tiss utérin, fibro-myomes.

Dès 1828, Egge rapportait l'observation d'une rupture utérine ayant entraîné la mort de la femme. A l'autopsie, il constata « que l'utérus présentait des

taches d'une couleur foncée et que le tissu où elle se trouvaient était facile à déchirer.

Lehman décrivit une dégénérescence graisseuse des fibres utérines.

Klob constata, dans plusieurs cas de ruptures, une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires au niveau de la déchirure surtout marquée dans les couches superficielles du muscle utérin au voisinage du péritoine, comme s'il s'agissait d'une lésion consécutive à une périmétrite.

Simpson, Bandl, Braun, Dakin, publient des observations où l'examen microscopique révèle aussi une dégénérescence graisseuse des fibres avoisinant la rupture.

La dégénérescence hyaline de la fibre musculaire a éété aussi observée (Berneke, Ries, Velits, Thorn).

Freund a décrit des processus interstitiels surtout marqués dans la partie extrême du muscle et dont l'existence est à rattacher à celle d'une périmétrite due à une inflammation chronique des annexes.

Dürhssen, Davidoff, Acconci, ont attiré l'attention sur les lésions du tissu élastique de l'utérus.

Enfin nous citerons deux observations de rupture avec altérations histologiques.

OBSERVATION I (Jellinghaus)

Femme de 38 ans, VII pare. Au sixième mois a une rupture utérine spontanée. Elle meurt.

A l'autopsie, l'examen montre une dégénérescence hyaline des fibres musculaires.

OBSERVATION II (Armytage)

Femme de 22 ans, I pare, enceinte de 8 mois.

Elle est prise de violentes douleurs abdominales.

Elle meurt à l'hôpital.

L'autopsie révèle une rupture du fond de l'utérus.

L'examen histologique de la paroi utérine au niveau de la rupture, montre une dégénérescence hyaline des fibres et une infiltration scléreuse du tissu musculaire.

On voit combien il est difficile de poser le diagnostic de ces ruptures insidieuses par ailleurs fréquentes.

Les altérations du muscle utérin sont des causes assez fréquentes de ruptures utérines spontanées.

IV. Injection d'extrait hypophysaire.

Dans notre observation, les conditions requises pour l'emploi de l'extrait hypophysaire semblaient se trouver remplies.

Ni du côté de l'enfant (tête engagée en gauche antérieure), ni du côté de la mère (bassin, col et seg-

ment inférieur normaux), rien ne faisait prévoir l'accident qui s'est produit.

La dose employée a été fort réduite : une demie ampoule de retropituine Choay.

L'effet semble certain car les contractions très espacées auparavant se sont réveillées; la dilatation s'est complétée, le travail s'est arrêté à ce moment.

Depuis l'emploi d'agents ocytocyques en obstétrique, d'assez nombreux auteurs ont incriminé comme causes de rupture utérine, ces agents eux-mêmes.

Des observations publiées, il semble que dans beaucoup de cas l'extrait hypophysaire a été employé sans raison, ou lorsqu'il y avait des contre-indications formelles. Les ruptures observées dans ces conditions sont nombreuses. Nous allons en citer quelques-unes :

A. — Cas où il existait des contre-indications à l'emploi de l'extrait hypophysaire.

OBSERVATION I (Herz, en 1913)

Primipare de 20 ans. Bassin plat, rachitique.

En travail depuis 48 heures.

Pour hâter celui-ci, l'auteur fait une injection d'ampoule de pituitrine.

Au début, bonnes douleurs puis tétanisation complète de l'utérus. Subitement, vives douleurs, syncope.

Arrachement du col dans tout son pourtour anté-

rieur, prolongement de la déchirure jusque dans le paramètre droit.

OBSERVATION II (Cas d'Everke)

V pare en travail depuis trois jours. On injecte, pour hâter celui-ci 3/4 de centimètre cube de pituitrine.

Deux heures plus tard, syncope avec tous les symptômes de rupture utérine.

Laparotomie : On trouve un arrachement presque complet de l'utérus.

OBSERVATION II (de Pape)

V pare avec bassin légèrement rétréci. On fait une version par un orifice complètement dilaté et on descend une jambe.

Pour laisser évoluer l'accouchement spontanément, on donne une piqûre de pituitrine.

L'effet est à peine marqué, aussi une heure après, seconde injection. Douleur subitement très vive, cessation des contractions utérines.

Pape trouve l'utérus presque complètement arraché.

OBSERVATION IV (Zullig).

XIII pare avec bassin rétréci. Pour hâter le travail, on injecte une demi-ampoule de pituitrine. Un quart d'heure après, symptômes de distension. Rupture utérine.

OBSERVATION V (publiée par Mc Neile)

IV pare. Rétrécissement oblique du bassin. Après une piqûre de pituitrine, tétanisation de l'utérus. Trois minutes après, rupture.

OBSERVATION VI (Stocker)

II pare de 38 ans. Bassin rétréci, premier accouchement terminé par perforation. 8 heures 1/2 après le début du travail, tête mobile dans le détroit supérieur. Comme les douleurs font défaut, injection d'un 1/2 cmc de pituitrine. 15 minutes après, douleur tranchante dans l'abdomen; cessation de contractions, syncope.

Extirpation de l'utérus, qui porte une déchirure transverse dans la partie antérieure du col.

OBSERVATION VII (cas de Vogt)

Le médecin traitant n'ayant pas diagnostiqué une présentation de l'épaule, donna de l'hypophysine. Rupture interne, suivie de la mort de la femme.

L'emploi de l'extrait hypophysaire doit être formellement contre-indiqué lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin ou une présentation vicieuse de l'épaule ou du front.

B) *Cas où il n'est pas donné de détails sur les indications et contre-indications.*

Nous avons trouvé ceux rapportés par Rongv et Arluck, Rowland, Higgins, Polak, Winn, de Lee.

C) *Cas où l'extrait hypophysaire pouvait être considéré comme indiqué.*

OBSERVATION I (Espeut)

VIII pare de 34 ans. Bassin normal. Accouchements antérieurs spontanés. Sommet fixé dans le détroit supérieur, orifice externe complètement dilaté. Douleurs peu vigoureuses. On fait une piqûre de pituglandol qui reste sans effet. Après 1 heure 1/2, deuxième piqûre 5 minutes plus tard, les douleurs deviennent très vives et les symptômes de rupture apparaissent.

OBSERVATION II (Druskin)

X pare de 37 ans. Bassin normal. Lorsque la dilatation est à 4 doigts, on fait une piqûre de 1 cm3 de pituitrine.

1 heure 45 plus tatrd, les douleurs deviennent très vives, la femme pâlit, le pouls disparaît. On constate une déchirure de l'utérus.

OBSERVATION III (Maxwellj

Femme de 44 ans. IX pare. Bassin normal. Accouchements antérieurs spontanés. On donne pour faibles doses 1/3 d'ampoule de pituitrine, la tête étant bien fixée.

L'accouchement avance bien. 1 h. 1/2 plus tard, comme les douleurs relâchent, 2e piqûre d'un cmc. Peu de temps après rupture utérine. L'enfant pèse onze livres.

OBSERVATION IV (Hoeck)

II pare de 23 ans. Bassin normal chez laquelle, après 24 heures de travail lent, on fait une injection de pituglandol. 5 heures plus tard, alors que les douleurs se sont arrêtées, on constate les symptômes d'une rupture utérine. On fait la laparotomie et on constate celle-ci.

MM. P. Rucker et Haskell, dans un rapport, disent qu'ils ont pu recueillir 56 cas de rupture utérine après emploi d'extrait hypophysaire.

Enfin ils ajoutent que onze cas sont venus à leur connaissance depuis leurs publications antérieures.

Nous allons les rapporter mais on verra que pour certains les détails sont peu nombreux.

OBSERVATION I (cas de Langrock)

Secondipare de 27 ans. Accouchement normal, enfant pesant 8 livres 1/2.

Expulsion du placenta par la méthode Crédé. Immédiatement après la délivrance, la femme reçoit 10 cm3 d'infundin. Quinze minutes après, fortes douleurs, déchirure du segment inférieur de l'utérus.

La mère était en excellente santé 25 minutes après l'accouchement.

OBSERVATION II (Bourne)

XII pare. Accouchements antérieurs faciles. Travail lent; on injecte 0,5 cm3 de pituitrine, douleurs violen-

tes; la femme meurt. A l'autopsie on trouve une déchirure de l'utérus de 13 cm.

OBSERVATION III (Dorland)

VIII pare, accouchements antérieurs normaux. Bassin normal. On injecte 0,5 cm3 de pituitrine en répétant cette dose une demi-heure après. 10 minutes après celle-ci, contractions très douloureuses. Mort. Déchirure s'étendant à travers l'attache du ligament gauche.

OBSERVATION IV (Brinkley et Martin)

IV pare, bons accouchements antérieurs. Travail lent à partir du moment où la tête de l'enfant apparaît à la vulve.

On donne 5 gouttes (minimum), de solution de pituitrine.

La tête disparaît. La laparotomie montre un utérus presque entièrement arraché de ses attaches.

OBSERVATION V (Anonyme)

IV pare, travail lent. On injecte 1 cm3 de pituitrine. La main apparaît à la vulve. On fait une version. Hémorragie abondante de la mère. Mort.

L'autopsie montre une rupture de l'utérus.

OBSERVATION VI (Samuel)

Secondipare. Dose de pituglandol (pas indiquée), suivie de rupture utérine.

OBSERVATION VII (Acosta-Sison)

VIII pare. 28 ans. Couches antérieures normales. Travail lent. On injecte 2 cm3 de pituitrine. Mort de la femme, cinq heures après.

L'autopsie révèle une déchirure transversale dans la paroi postérieure de l'utérus.

OBSERVATION VIII (Hunter)

VI pare. En travail pendant 5 heures. Le travail cesse. On donne une dose de pituitrine. Plus tard, le médecin essaie d'appliquer un forceps sans résultat. Peu après, à la palpation, on sent distinctement les parties fœtales à travers la paroi abdominale. Après laparotomie, on constate une rupture utérine.

OBSERVATION IX (Ogden)

X pare, couches antérieures sans événements. Travail très lent. On fait une injection de 1 cm3 de pituitrine. Deux fortes douleurs, puis cessation de celles-ci. Un examen montre une tumeur à droite de l'utérus. La laparotomie fait constater une rupture utérine.

OBSERVATION X (Stephenson)

VI pare. 37 ans. Les trois premières couches avaient été sans événements. La quatrième et cinquième s'étaient terminées par l'emploi du forceps à cause de l'épuisement de la femme. Le travail étant lent, on injecte une dose de pituitrine. Symptômes de rupture utérine. Mort. Autopsie : Déchirure de l'utérus.

OBSERVATION XI (Séjournet et Braine)

II pare, douleurs faibles. On injecte 1 cm3 d'extrait hypophysaire. A la suite de l'injection, douleurs très violentes.

La laparotomie révèle une rupture de l'utérus.

Ces auteurs ajoutent: Il n'y avait aucune contre-indication à l'hypophyse, tant du côté de l'utérus et du bassin, que du côté de l'enfant.

Dans notre observation, il n'y avait pas, à première vue, de contre-indications à l'emploi de l'extrait hypophysaire.

L'enfant avait la tête engagée en gauche antérieure.

Le bassin de la femme était normal, le col et le segment inférieur de son utérus étaient aussi normaux.

Nous inclinons à croire que l'hypophyse agissant sur les fibres d'un utérus présentant de graves lésions histologiques, a favorisé ou peut-être même provoqué la rupture utérine.

CONCLUSIONS

I. L'extrait hypophysaire agissant sur un utérus malade, peut favoriser sinon provoquer une rupture utérine.

II. L'extrait hypophysaire doit être sinon proscrit du moins employé à faibles doses et avec la plus grande prudence, puisqu'on n'est jamais sûr de la parfaite intégrité de la paroi utérine et qu'une rupture du genre de celle que nous avons observée est toujours possible.

Vu: le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Acconci. — Archives Tox., 1892.
Acosta-Sison. — *Journal Phillip. Islands,* décembre 1922.
Armytage. — *Journal of Obstetric. and Gyn. of the Brit. Emp.,* septembre 1913.
Becker. — *Semaine Médicale,* 20 novembre 1922.
Boquel. — *Bulletin Soc. Obstét. et Gyn.,* 1904, p. 33-37.
Bourne. — *British Med. Journal I.* 829, juin 1920.
Brinkley et Martin. — *Virg. Med. Month.,* octobre 1923.
Burger. — Gynécologie et Obstétrique, 1924.
Davidoff. — Thèse Petersbourg 1895.
Doleris. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 13 février 1896
Dorland. — *Journal Med. Ass.* LXXVIII 191, janvier 1922.
Duparque. — In Thèse Dupouy, 1896.
Dürhssen. — Archives f. Gyn., 1885.
Egge. — *Med. and Phys. Journal,* 1828.
Espeut. — *Müuchner Med. Wochenschrift,* 1913.
Everke. — Monatsschrift f. Geb. und Gyn., vol. XLVI.
Herz. — Zentrabl. f. Gyn. 1913. n° 20.
Higgins. — *Journal of the Med. Amer. Assoc.,* 1917.
Hoeck. — Zentralbl. f. Gyn., 1922. 10 août.
Hunter. — *Indian Med. Record,* 1919.
Jellinghaüs. — *Münchner Med. Woch,* 1913.
Keller. — Gynecologie et Obstetrique, 1921.
Klob. — Path. An. d. Werbl., 1864.
Langrock. — *Ann. Journal Obst. and Gyn.,* juin 1922.
De Lee. — *Journal of the Am. Med. Ass.,* 1918, vol. LXXI.
Lehman. — Mon. f. Geb., 1858.
Maxwell. — Cité dans *Journal of Am. Med. Ass.* EPLQ, vol. XXIV.
Mc Neile. — *Ref. d'après la Zentralb. f. Gyn.* 1917, n° 29.
Ogden. — *West Virginia med. Journal* 132, 1921.
Pape. — Niederrhein Westfall Ges. f. Gyn., janvier 1914.
Polak. — *Journal of the Am. Med. Ass.,* 1913, vol. LX.
Riedenger. — Prager Med. Woch., 1891.
Rongy and Arluck cité dans la *Revue Française de Gyn. et Obst.,* mars 1923.
Rucker and Haskell. — *Journal of the Am. Med. Ass.,* 1921, vol. LXXVI.
Rowland. — *Journal of the Am. Med. Ass.,* 1917.
Samuel. — Klin Wochens, 1922.
Séjournet et Braine. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécologie,* 1922, n° 4.
Stephenson. — *Chur h. Hill. Rich, Virg. Med. Soc.,* juillet 1923.
Stocker. — *Korrespondenzblatt f. Schweitzer Aerzte,* 1914, n° 411.
Vanheeckoët, 1923. — Thèse de Lille.
Winn. — *Journal of the Am. Med. Ass.,* 1914, vol. LXIII.
Zullig. — *Münchner Med. Wochenschrift,* 1915, n° 22.